

Profil rozumowania moralnego osób z chorobą afektywną dwubiegunową

Profile of moral reasoning in persons with bipolar affective disorder

Roksana Epa¹, Natalia Czyżowska¹, Dominika Dudek¹,
Marcin Siwek¹, Józef Krzysztof Gierowski²

¹Zakład Zaburzeń Afektywnych Katedry Psychiatrii UJ CM

Kierownik: prof. dr hab. D. Dudek

²Katedra Psychiatrii UJ CM

Kierownik prof. dr hab. J.K. Gierowski

Summary

Aim: The subject of the research presented in this paper was to analyze the relationships between bipolar disorder (BD) and the profile of moral reasoning according to the concept of James Rest.

Material and methods: 86 persons took part in the research, including 43 bipolar patients and 43 healthy individuals. To measure the severity of depression and mania symptoms the following scales were used: Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D), Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) and Young Rating Scale for Mania (YMRS). Profile of moral reasoning was defined on the basis of the results obtained in the Defining Issue Test (DIT) by James Rest.

Results: Statistical analysis showed that there is a relationship between bipolar disorder (and its phases) and the profile of moral reasoning: bipolar patients significantly less often than healthy individuals chose answers indicating the postconventional thinking ($p=0,000$) – and more often – answers indicating stage 3 and those belonging to the anti-institutional thinking index ($p=0,000$). There was also a relationship shown between the development of moral reasoning and the phase of bipolar disorder: patients in mania less often than persons in euthymia chose answers indicating the final stage of moral thinking ($p=0,050$). There were no significant differences between the results of patients with a depressive episode and the results of patients in mania and between the results of patients with a depressive episode and the results of patients in euthymia.

Conclusions: The results suggest that the psychological state of the individual may have an impact on the process of moral reasoning – bipolar disorder may to some extent influence the way of thinking about moral dilemmas. The collected data also seem to emphasize the specificity of the manic phase which is especially worth exploration when conducting further studies.

Słowa kluczowe: moralność, rozwój rozumowania moralnego, choroba afektywna dwubiegunowa

Key words: morality, development of moral reasoning, bipolar affective disorder

Wstęp

Zagadnienie moralności w chorobie afektywnej dwubiegunowej (ChAD) wciąż pozostaje obszarem wymagającym dogłębnego zbadania. Istnieją doniesienia nakreślające obraz moralnej emocjonalności pacjentów z ChAD, wskazujące na zaistnienie u nich pewnych odchyleń od normy w zakresie zdolności empatyzowania, skłonności do odczuwania wstydu i poczucia winy [1–5]. Nie mniej liczne są badania mające na celu ukazanie takich tendencji behawioralnych u osób z diagnozą ChAD, które wyrażają się w postępowaniu niejednokrotnie skutkującym przekraczaniem norm powszechnie uznawanych za pewne wyznaczniki tego, co moralnie właściwe i słuszne [6, 7]. Warto jednak zaznaczyć, że emocje i zachowanie to tylko dwie trzecie tego, co rozumieć można pod pojęciem ludzkiej moralności. Równie istotną jej częścią – nieprzebadaną dotąd na gruncie psychiatrii – jest komponent poznawczy, opisywany w kategoriach moralnego rozumowania: pojmowania wartości, rozwiązywania dylematów i dokonywania wyborów w sytuacjach etycznie niejednoznacznych.

Badanie zaprezentowane w niniejszej pracy miało na celu ukazanie problematyki rozwoju rozumowania moralnego osób z rozpoznaniem ChAD z punktu widzenia koncepcji Jamesa Resta – czołowego przedstawiciela nurtu neo-Kohlbergowskiego w psychologii moralności [8–10]. Rest, podobnie jak Kohlberg, na którego systemie teoretycznym mocno się wzorował [11], zaprezentował sześciostadialny model rozwoju moralnego obrazujący kolejne etapy, przez które przechodzi rozwijająca swoje moralne myślenie jednostka (tab. 1). Niezwykle istotne w koncepcji Resta jest kładzenie nacisku na poznawczą konstrukcję rzeczywistości społecznej [12] – podkreśla się w niej, że każda jednostka na swój własny sposób konstruuje i rozumie takie kategorie jak prawo, wina, sprawiedliwość, porządek społeczny czy wzajemność. Równie ważne jest to, że zmiany w zakresie myślenia moralnego zachodzące w ciągu życia jednostki mają charakter rozwojowy – kolejne stadia charakteryzują coraz dojrzałsze formy rozumienia zasad rządzących współżyciem społecznym. Osiągając nowy etap rozwoju, jednostka zyskuje więc doskonalsze narzędzia umożliwiające rozpoznawanie tego, co właściwe i sprawiedliwe, dzięki czemu sprawniej odnajduje się w złożonej rzeczywistości społecznej [9, 10]. Kiedy własne potrzeby i pragnienia człowieka są dla niego najistotniejsze (w rozumowaniu dominuje wówczas tak zwany schemat interesów osobistych: stadium 2 i 3), dociera on do momentu, w którym zaczyna postrzegać otaczającą go rzeczywistość z punktu widzenia członka grupy społecznej – i w dbaniu o dobro społeczeństwa właśnie dostrzega on wtedy największą wartość (schemat przestrzegania norm: stadium 4). Choć zdecydowana większość ludzi zatrzymuje się na tym etapie, części udaje się dotrzeć do kolejnego, w którym już nie zasady ustalane przez społeczeństwo i instytucje, a ponadczasowe abstrakcyjne wartości (jak chociażby ludzkie życie i godność) są wyznacznikiem tego, co moralnie właściwe (schemat postkonwencjonalny: stadium 5 i 6). Według Resty [10] wymienione schematy są

rozwojowo uporządkowanymi sposobami odpowiedzenia sobie na pytanie o to, jak należy funkcjonować w społeczeństwie, by postępować właściwie.

Tabela 1. **Stadia rozwoju rozumowania moralnego według Jamesa Resta**

<p>Stadium 1. Moralność posłuszeństwa (dotyczy głównie dzieci).</p> <p>Jednostkę cechuje egocentryzm i nieumiejętność przyjęcia cudzej perspektywy.</p> <p>Podstawową regułą jest bycie posłusznym wobec niezmiennych praw pochodzących od opiekunów (reguła starszeństwa). Za nieprzestrzeganie reguł grozi kara.</p>
Schemat interesów osobistych
<p>Stadium 2. Instrumentalny egoizm i prosta wymiana.</p> <p>Początek dostrzegania potrzeb i interesów innych osób.</p> <p>Nawiązują się początki współpracy, która ma charakter wymiany przysługi za przysługę.</p> <p>Jednostka uważa, że prawa należy przestrzegać tylko wówczas, gdy jest to dla niej korzystne i wiąże się z osiągnięciem konkretnego celu.</p>
<p>Stadium 3. Moralność interpersonalnej harmonii.</p> <p>Najistotniejszą kwestią jest nawiązywanie i utrzymywanie pozytywnych relacji.</p> <p>Działania moralne to takie, które są dyktowane motywami prospołecznymi i dbałością o aprobatę drugiej osoby.</p> <p>Istotnym ograniczeniem jest to, że współpraca między jednostkami ma miejsce tylko wtedy, jeśli nawiążą one relację przyjaźni.</p>
Schemat przestrzegania norm
<p>Stadium 4. Moralność prawa i obowiązku wobec porządku społecznego.</p> <p>Każdy zobligowany jest do przestrzegania prawa i jednocześnie jest przez nie chroniony.</p> <p>Istnieje formalna organizacja ról dokonana poprzez regulacje prawne, które umożliwiają ustalenie obowiązujących norm i zasad postępowania.</p> <p>Przestrzeganie prawa, któremu służą obecne w społeczeństwie wartości, jest przekładane ponad jednostkowe okoliczności.</p>
Schemat postkonwencyonalny
<p>Stadium 5 (5A i 5B). Moralność społecznego konsensusu</p> <p>Istotny jest wybór odpowiedniego, sprawiedliwego systemu kooperacji (5A) oraz respektowanie podstawowych praw przysługujących każdemu człowiekowi (tak zwany intuicyjny humanizm, 5B).</p>
<p>Stadium 6. Moralność niearbitralnej kooperacji społecznej</p> <p>Moralność to coś więcej niż efekt społecznego porozumienia.</p> <p>Oceniając słuszność postępowania, jednostka sięga do abstrakcyjnych zasad moralnych (np. życie, godność)</p> <p>Człowiek uważany jest za cel sam w sobie, nie zaś za środek do osiągnięcia innego dobra.</p>

Kolejność stadiów rozwoju moralnego jest niezmienna – po pierwsze oznacza to, że zmiany zawsze prowadzą „ku górze”, po drugie zaś, że jednostka, która osiągnęła pewne stadium, nie mogła pominąć na drodze swojego rozwoju żadnego z etapów pośrednich. Zróżnicowane natomiast może być tempo rozwoju oraz jego punkt fi-

nalny [12, 13]. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że przechodząc na wyższe poziomy rozumowania, człowiek nie traci zdolności do posługiwania się w sposób logiczny schematami cechującymi poprzednie etapy – zaczyna natomiast wykazywać preferencję dla wartości właściwych nowemu stadium rozwojowemu. Poszczególne etapy, jakie jednostka osiąga podczas rozwoju moralnego, wiążą się z różnymi sposobami interpretowania dylematów moralnych i odmienną oceną ich istotnych aspektów [8].

Głównym celem prezentowanych badań była odpowiedź – w oparciu o przedstawioną wyżej koncepcję teoretyczną oraz o przywołane doniesienia empiryczne – na pytanie, czy osoby posiadające diagnozę ChAD różnią się pod względem rozumowania moralnego od osób zdrowych, a dalej – czy ich moralne myślenie pozostaje w zależności od fazy choroby, którą przechodzą, a jeśli tak, to jaki charakter ma owa zależność.

Material i metoda

Badania prowadzone były za zgodą Komisji do spraw Etyki Badań Naukowych działającej przy Instytucie Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego. Badaniem objęto 86 osób, z czego połowę stanowili pacjenci z diagnozą ChAD postawioną zgodnie z kryteriami ICD-10, leczeni w trybie stacjonarnym lub ambulatoryjnie ($n = 43$), a połowę – osoby zdrowe ($n = 43$). Do grupy osób zdrowych zaliczono 18 mężczyzn i 25 kobiet (średnia wieku wyniosła 38,3 roku), z czego 31 osób miało wykształcenie wyższe, a 12 – średnie. W skład grupy osób z ChAD weszło 14 mężczyzn i 29 kobiet (średnia wieku: 43,3 roku), z czego 32 osoby miały wykształcenie wyższe, 10 osób – średnie, a jedna – zawodowe. Grupy te nie różniły się istotnie pod względem struktury płci, wieku i poziomu wykształcenia. Grupę pacjentów podzielono dodatkowo na trzy podgrupy: (a) osób z epizodem depresyjnym ($n = 13$), (b) osób w manii ($n = 13$) oraz (c) osób w stanie eutymii – remisji objawowej ($n = 17$). Kryterium podziału była faza choroby w trakcie badania. Danego pacjenta włączano do konkretnej podgrupy na podstawie diagnozy postawionej przez lekarza psychiatrę oraz uzyskania odpowiedniej liczby punktów w skalach depresji i manii.

Do pomiaru nasilenia symptomów depresji wykorzystano Skalę Depresji Hamiltona (Hamilton Rating Scale for Depression – HAM-D) [14, 15] oraz Skalę Depresji Montgomery–Asberg (Montgomery–Asberg Depression Rating Scale – MADRS) [15, 16]. Przyjęte progi punktowe, których osiągnięcie przez badanego oznaczało zaliczenie go do podgrupy pacjentów depresyjnych, wynosiły 7 punktów w przypadku HAM-D i 11 punktów dla MADRS. Dana osoba uznawana była za depresyjną tylko wówczas, gdy uzyskała minimalne wymagane wartości punktowe w obu skalach jednocześnie.

Obecność i nasilenie objawów manii mierzono za pomocą Skali Manii Younga (Young Rating Scale for Mania – YMRS) [17]. Za próg pozwalający na zaliczenie danej osoby do grupy osób z symptomami manii uznano liczbę 12 punktów.

Osoby z rozpoznaniem ChAD, które w momencie badania nie uzyskały minimalnych wartości punktowych pozwalających na włączenie ich do podgrupy pacjentów w depresji lub pacjentów w manii, zaliczone zostały, po przeprowadzeniu badania psychiatrycznego, do podgrupy osób w eutymii.

Poziom rozwoju moralnego zarówno w grupie osób zdrowych, jak i w grupie pacjentów oceniano za pomocą Defining Issue Test (DIT) Jamesa Resta [8–10] w polskim tłumaczeniu Adama Niemczyńskiego. Test ten składa się z sześciu krótkich opowiadań, z których każde przedstawia pewien dylemat moralny. Zadanie osoby badanej polega na zaznaczeniu, jak – jej zdaniem – powinien postąpić bohater danej historii w obliczu owego dylematu, a następnie na przyjrzeniu się dwunastu kwestiom wyodrębnionym przez autora i określeniu, jakie mają one znaczenie podczas rozwiązywania danego problemu. Analiza odpowiedzi udzielonych przez badanego pozwala na poznanie istoty jego rozumowania moralnego poprzez określenie udziału poszczególnych stadiów wyodrębnionych przez Restę w jego myśleniu na temat moralnych dylematów (pomijając stadium 1, nieuwzględnione w DIT). Dodatkowo uzyskuje się trzy wskaźniki: P – odzwierciedlający udział schematu postkonwencjonalnego w całym myśleniu moralnym jednostki, A – będący miarą tak zwanego rozumowania antyinstytucjonalnego, wyrażającego się w okazywaniu sprzeciwu wobec panującego porządku społecznego oraz M – obejmujący kwestie bezsensowne, niemające żadnego znaczenia, których zbyt częste wybieranie (określanie jako istotne) oznacza błędne wypełnienie testu i staje się przesłanką do jego odrzucenia. Po oszacowaniu ważności kwestii badany proszony jest o wybranie czterech jego zdaniem najistotniejszych spośród wszystkich dwunastu oraz o zaznaczenie, która z nich jest w jego odczuciu pierwszą, a które drugą, trzecią i czwartą co do ważności. Procedura wygląda tak samo w przypadku każdego opowiadania.

Analizując odpowiedzi uzyskane podczas badania DIT, oblicza się procentowy udział poszczególnych stadiów rozwoju w całym rozumowaniu moralnym danej jednostki. Dzięki temu możliwe staje się zarysowanie profilu tegoż rozumowania oraz porównanie profili właściwych poszczególnym grupom badanych.

Wyniki

Diagnoza choroby afektywnej dwubiegunowej a profil rozumowania moralnego

Analizą statystyczną objęto wyniki uzyskane przez dwie grupy badane: grupę osób z diagnozą ChAD ($n = 43$) oraz grupę osób zdrowych ($n = 43$). Analizę związku pomiędzy chorobą afektywną dwubiegunową a profilem rozumowania moralnego przeprowadzono przy użyciu testu t-Studenta dla grup niezależnych. Uzyskane wyniki przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Wyniki testu t-Studenta dla grup niezależnych: grupy osób zdrowych i grupy osób chorych

Stadium rozumowania moralnego	Średni procentowy udział odpowiedzi reprezentujących poszczególne stadia w rozumowaniu moralnym osób badanych		Wartość t; istotność różnic		
	Osoby zdrowe	Osoby z rozpoznaniem ChAD	t	df	p
Stadium 2	5,34	6,05	-0,650	84	0,518
Stadium 3	20,31	24,92	-2,641	84	0,010

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Stadium 4	29,47	29,15	0,127	84	0,899
Stadium 5A	22,48	16,86	3,376	84	0,001
Stadium 5B	10,54	4,95	4,765	84	0,000
Stadium 6	7,33	5,7	1,725	84	0,088
Wskaźnik P	40,35	27,33	5,683	84	0,000
Wskaźnik A	2,40	5,74	-3,860	84	0,000

t – wartość statystyki t-Studenta, df – liczba stopni swobody, p – poziom istotności

Wykazano obecność istotnych różnic pomiędzy badanymi grupami w zakresie stadiów: 3 ($p = 0,010$), 5A ($p = 0,001$) i 5B ($p = 0,000$), a także w zakresie wskaźnika P rozumianego jako suma odpowiedzi właściwych dla stadium 5A, 5B i 6 ($p = 0,000$) oraz w zakresie wskaźnika A ($p = 0,000$). W przypadku stadium 3 oraz wskaźnika A istotnie wyższe wyniki uzyskali pacjenci z ChAD, natomiast w przypadku stadiów 5A, 5B oraz wskaźnika P wyższe wyniki osiągnęły osoby zdrowe. W przypadku stadiów 2, 4 i 6 nie zaobserwowano istotnych różnic pomiędzy średnimi wynikami obu grup.

Profil rozumowania moralnego w trzech podgrupach pacjentów a profil rozumowania w grupie osób zdrowych

Następnie porównano wyniki uzyskiwane przez pacjentów w różnych fazach choroby z wynikami osób zdrowych. W tym celu dokonano analizy z zastosowaniem nieparametrycznego testu U Manna–Whitneya ze względu na duże różnice w liczebności porównywanych grup. Uzyskane wyniki przedstawiają tabele 3–5.

**Tabela 3. Wyniki testu U Manna–Whitneya dla grupy osób
w fazie depresji i grupy osób zdrowych**

Stadium rozumowania moralnego	Średni procentowy udział odpowiedzi reprezentujących poszczególne stadia w rozumowaniu moralnym osób badanych		Istotność różnic między wynikami poszczególnych grup (test U Manna–Whitneya)		
	Osoby w depresji	Osoby zdrowe	U	Z	p
Stadium 2	6,55	5,34	264,50	0,284	0,776
Stadium 3	25,13	20,31	181,50	1,898	0,058
Stadium 4	26,92	29,47	258,50	-0,399	0,690
Stadium 5A	17,18	22,48	190,50	-1,723	0,085
Stadium 5B	3,82	10,54	114,00	-3,219	0,001
Stadium 6	6,41	7,33	232,00	-0,921	0,357
Wskaźnik P	27,18	40,35	99,000	-3,499	0,001
Wskaźnik A	7,05	2,40	143,00	2,909	0,004

U – wartość testu statystycznego U, Z – wartość normalizowanej statystyki Z, p – poziom istotności

Tabela 4. Wyniki testu U Manna–Whitneya dla grupy osób w fazie manii i grupy osób zdrowych

Stadium rozumowania moralnego	Średni procentowy udział odpowiedzi reprezentujących poszczególne stadia w rozumowaniu moralnym osób badanych		Istotność różnic między wynikami poszczególnych grup (test U Manna–Whitneya)		
	Osoby w manii	Osoby zdrowe	U	Z	p
Stadium 2	7,44	5,34	191,50	1,714	0,086
Stadium 3	26,54	20,31	167,00	2,181	0,029
Stadium 4	29,23	29,47	274,50	-0,087	0,930
Stadium 5A	15,51	22,48	111,50	-3,262	0,001
Stadium 5B	5,51	10,54	145,00	-2,617	0,009
Stadium 6	3,08	7,33	122,50	-3,059	0,002
Wskaźnik P	23,85	40,35	58,50	-4,285	0,000
Wskaźnik A	5,26	2,40	174,50	2,124	0,034

U – wartość testu statystycznego U, Z – wartość normalizowanej statystyki Z, p – poziom istotności

Tabela 5. Wyniki testu U Manna–Whitneya dla grupy osób w eutymii i grupy osób zdrowych

Stadium rozumowania moralnego	Średni procentowy udział odpowiedzi reprezentujących poszczególne stadia w rozumowaniu moralnym osób badanych		Istotność różnic między wynikami poszczególnych grup (test U Manna–Whitneya)		
	Osoby w eutymii	Osoby zdrowe	U	Z	p
Stadium 2	4,61	5,34	352,50	-0,207	0,836
Stadium 3	23,53	20,31	276,50	1,456	0,145
Stadium 4	30,78	29,47	348,50	-0,271	-0,271
Stadium 5A	17,65	22,48	237,50	-2,098	0,036
Stadium 5B	5,39	10,54	183,00	-2,999	0,003
Stadium 6	6,57	7,33	351,50	-0,224	0,823
Wskaźnik P	30,10	40,35	199,00	-2,727	0,006
Wskaźnik A	5,10	2,40	228,50	2,829	0,005

U – wartość testu statystycznego U, Z – wartość normalizowanej statystyki Z, p – poziom istotności

Wykazano obecność istotnych różnic w zakresie następujących zmiennych:

- 1) dla grupy osób w depresji i grupy osób zdrowych – w zakresie stadium 5B ($p = 0,001$), wskaźnika P ($p = 0,000$) i wskaźnika A ($p = 0,003$);
- 2) dla grupy osób w manii i grupy osób zdrowych – w zakresie stadium 3 ($p = 0,029$), 5A ($p = 0,001$), 5B ($p = 0,008$), stadium 6 ($p = 0,002$), wskaźnika P ($p = 0,000$) i wskaźnika A ($p = 0,03$);

- 3) dla grupy osób w eutymii i grupy osób zdrowych – w zakresie stadium 5A ($p = 0,035$), 5B ($p = 0,002$), wskaźnika P ($p = 0,006$) i wskaźnika A ($p = 0,005$).

Wszystkie zaobserwowane różnice w zakresie stadium 3 oraz wskaźnika A wypadły na korzyść osób z ChAD, natomiast w zakresie rozumowania postkonwencjonalnego (stadia 5A, 5B, 6 oraz wskaźnik P) – na korzyść osób zdrowych.

Faza choroby a profil rozumowania moralnego

Celem dalszej analizy było sprawdzenie, czy występują statystycznie istotne zależności pomiędzy fazą choroby a procentowym udziałem odpowiedzi wskazujących na poszczególne stadia rozumowania moralnego, a jeśli tak, to która z faz choroby ma tu największe znaczenie (dla której wyniki są istotnie wyższe bądź niższe niż dla pozostałych faz). W tym celu przeprowadzono jednoczynnikową analizę wariancji (ANOVA) dla grup niezależnych. Uzyskane wyniki przedstawia tabela 6.

Tabela 6. Wyniki analizy wariancji dla grup niezależnych: grupy osób w eutymii, w depresji i w manii

Stadium rozumowania moralnego	Średni procentowy udział odpowiedzi reprezentujących poszczególne stadia w rozumowaniu moralnym osób badanych			Istotność różnic między wynikami poszczególnych grup			
	Eutymia	Depresja	Mania	F	df		p
					między grupami	wewnątrz grup	
Stadium 2	4,61	6,55	7,44	1,536	2	40	0,228
Stadium 3	23,53	25,13	26,54	0,493	2	40	0,614
Stadium 4	30,78	26,92	29,23	0,409	2	40	0,667
Stadium 5A	17,65	17,18	15,51	0,317	2	40	0,730
Stadium 5B	5,39	3,82	5,51	0,658	2	40	0,523
Stadium 6	6,57	6,41	3,08	3,415	2	40	0,043
Wskaźnik P	30,10	27,18	23,85	1,713	2	40	0,193
Wskaźnik A	5,10	7,05	5,26	0,639	2	40	0,533

df – liczba stopni swobody, p – poziom istotności

Na podstawie analizy profili rozumowania moralnego osób w okresie eutymii, w fazie depresji oraz w fazie manii stwierdzić można, że w zakresie stadium 6 tegoż rozumowania występują istotne statystycznie różnice ($p = 0,043$). Analiza post-hoc z zastosowaniem testu Bonferroni (tab. 7) wykazała, że osoby w fazie manii istotnie rzadziej niż osoby w eutymii wybierają odpowiedzi właściwe dla tego stadium ($p = 0,05$). Brak natomiast różnic pomiędzy średnimi wynikami uzyskiwanymi przez pacjentów depresyjnych i pacjentów w eutymii oraz pomiędzy średnimi wynikami pacjentów depresyjnych i pacjentów w fazie manii.

Tabela 7. Wyniki testu Bonferroniego dla zmiennej zależnej: stadium 6

(I) faza	(J) faza	Różnica średnich (I-J)	Błąd standardowy	Istotność	95% przedział ufności	
					Dolna granica	Górna granica
Eutymia	depresja	0,647	1,54	1,000	-3,20	4,50
	mania	3,853*	1,54	0,050	0,00	7,70
Depresja	eutymia	-0,647	1,54	1,000	-4,50	3,20
	mania	3,205	1,64	0,173	-0,89	7,30
Mania	eutymia	-3,852*	1,54	0,050	-7,70	-0,00
	depresja	-3,205	1,64	0,173	-7,30	0,89

* Różnica średnich jest istotna na poziomie 0,05.

Omówienie wyników

Zależność pomiędzy chorobą afektywną dwubiegunową a profilem rozumowania moralnego

Analiza wyników odnoszących się do hipotezy mówiącej o związku ChAD z rozumowaniem moralnym pozwoliła na potwierdzenie istnienia tego typu zależności w przypadku większości zmiennych. Pierwszą istotną różnicę zaobserwowano w zakresie stadium 3: osoby z diagnozą ChAD uzyskały istotnie wyższe wyniki niż osoby zdrowe.

Warto w tym miejscu przywołać jedno z założeń Resta mówiące, że rozwój rozumowania moralnego pozostaje w ścisłej zależności od rozwoju poznawczego jednostki [12, 18] – jeśli więc sam postęp w rozwoju struktur myślenia jest dla jednostki trudnością, trudnością będzie dla niej również postęp w rozumowaniu moralnym. Wiadomo skądinąd, że chorobie dwubiegunowej towarzyszy często obniżenie, w porównaniu z normą charakteryzującą osoby zdrowe, sprawności funkcji poznawczych dotyczące zarówno treści, jak i formy (czyli właśnie struktury) myślenia [19, 20]. Możliwe jest więc, że osoby z rozpoznaniem ChAD częściej niż zdrowi badani rozumowali w sposób odpowiadający stadium 3 dlatego, że przejście do kolejnego etapu było dla nich problematyczne ze względu na pewne ograniczenie funkcjonowania poznawczego.

Ciekawych wniosków dostarczyć może również przyjrzenie się jakościowej charakterystyce stadium 3, dla którego właściwa jest duża dbałość o relacje z innymi oraz o aprobatę ze strony owych innych dla „ja” jednostki [8]. Jak sugerują wyniki badań, osoby cierpiące na ChAD doświadczają pewnych zmian (w porównaniu z osobami zdrowymi) w zakresie funkcjonowania emocji moralnych – w tym wstydu i empatii [5, 21], przy czym odczuwanie wstydu wynika często z poczucia, że jest się osobą moralnie nieodpowiednią [3, 21, 22]. Co więcej, pacjenci z ChAD przejawiają skłonność do niedoceniań własnych umiejętności przyjmowania perspektywy drugiego człowieka i odczuwania empatycznej troski [5], co próbowano tłumaczyć ich tendencją

do porównywania się z ludźmi zdrowymi i oczekiwania od siebie lepszego funkcjonowania w tym zakresie [23]. Już samo pojawienie się tego typu rozważań sugeruje, że nawiązywanie pozytywnych więzi ma dla jednostek z chorobą dwubiegunową istotną wartość. Prawdopodobne jest także, że utrzymanie każdej takiej relacji skutkować będzie zwiększeniem ich poczucia własnej kompetencji w zakresie funkcjonowania społecznego oraz będzie stanowić dowód na to, że ich krytyczne podejście do samych siebie jest nieuzasadnione. Może to w pewnym stopniu uzasadniać preferencję grupy pacjentów wyboru zasad charakteryzujących stadium 3.

Kolejne statystycznie istotne różnice dotyczą stadiów 5A, 5B oraz wskaźnika P, przy czym każda z różnic wypadła na niekorzyść osób z ChAD. Również w tym miejscu odwołać się należy do tezy o zależności rozwoju rozumowania moralnego od rozwoju poznawczego [12,18], co w kontekście myślenia na poziomie postkonwencyjonalnym zdaje się mieć znaczenie szczególne. Formułowanie sądów moralnych odpowiadających w swej charakterystyce wytycznym tego poziomu wymaga sprawnego posługiwania się pojęciami abstrakcyjnymi, takimi jak ogólnie obowiązujące wartości czy ponadczasowe i uniwersalne normy. Trudność pacjentów z ChAD z dotarciem do poziomu postkonwencyjonalnego jest więc w pewnym stopniu uzasadniona.

Innym interesującym wynikiem jest ukazanie zależności pomiędzy chorobą afektywną dwubiegunową a liczbą odpowiedzi obejmowanych przez wskaźnik A, której obecność sugeruje, że pacjenci z ChAD mogą mieć podwyższoną skłonność do niegodzenia się z panującym porządkiem społecznym. Może być zatem tak, że obserwowane u nich przejawy antyspołecznego i nonkonformistycznego zachowania [6, 7] mają swoje źródło już na poziomie myślenia – w negatywnej poznawczej reprezentacji społecznej rzeczywistości i braku akceptacji dla obowiązującego ładu.

Na koniec warto zaznaczyć, że do stadium 4 rozumowania moralnego dotarło porównywalnie dużo zbadanych osób chorych i osób zdrowych oraz że w przypadku obu tych grup jest to stadium dominujące. Jest to zgodne z wynikami licznych badań wskazujących na to, że w rozumowaniu osób dorosłych przeważa myślenie zgodne z wyróżnionym przez Kohlberga poziomem konwencyjonalnym [11], którego charakterystyka obejmuje istotę schematu przestrzegania norm opisanego przez Resta [24].

Rozumowanie moralne osób w poszczególnych fazach choroby a rozumowanie moralne osób zdrowych

Rezultaty analizy mającej na celu porównanie myślenia moralnego osób z ChAD w poszczególnych fazach choroby z myśleniem moralnym osób zdrowych są spójne z omówionymi wcześniej wynikami porównania grupy pacjentów jako całości z niekliniczną grupą kontrolną. Również w tym przypadku wykazano istnienie różnic w zakresie stadium 3 (dla fazy manii), rozumowania postkonwencyjonalnego (dla każdej fazy) oraz wskaźnika A (dla fazy depresji i eutymii), natomiast nie zaobserwowano różnic pomiędzy średnimi wartościami pozostałych zmiennych. Na podstawie uzyskanych tu wyników można przypuszczać, że specyfika rozumowania moralnego osób z diagnozą ChAD jest dość zbliżona u jednostek przechodzących różne fazy choroby

oraz w podobny sposób odbiega ona od specyfiki myślenia moralnego osób zdrowych. Trzeba jednak nadmienić, że istnieje pewna różnica pomiędzy profilami rozumowania moralnego osób w poszczególnych fazach. Różnicę tę omówiono poniżej.

*Związki pomiędzy fazami choroby afektywnej dwubiegunowej
a poszczególnymi stadiami rozumowania moralnego*

Analiza statystyczna wykazała, że osoby w fazie manii cechuje istotnie niższy procentowy udział odpowiedzi właściwych dla stadium 6 niż osoby w fazie eutymii (pomiędzy wynikami osób w eutymii i osób w depresji oraz pomiędzy wynikami osób w depresji i w manii nie zanotowano istotnych różnic). Może mieć to związek z prawdopodobnym pojawieniem się u osób badanych w fazie manii pewnych zaburzeń w sferze poznawczej, które zwykle uwidaczniają się w tym właśnie epizodzie choroby. Myśli chorego stają się wówczas niespójne, fragmentaryczne, a niekiedy urojeniowe [19, 20, 25]. W związku z tym logiczne odnoszenie się przez pacjentów maniakałnych do pojęć abstrakcyjnych może być bardzo utrudnione, jeśli nie niemożliwe – a w takim wypadku niemożliwe staje się także osiągnięcie najwyższego poziomu rozumowania moralnego [12, 18].

Uzyskane wyniki zdają się w pewnym stopniu spójne z opisem zachowania osób w manii. Pacjentów w tej fazie choroby cechować może nadmierna impulsywność, która często rozpatrywana bywa nie tylko w kategoriach chwilowego stanu, ale również w kategoriach cechy [26, 27], a także agresywność i przejawianie zachowań antyspołecznych [6, 7]. Impulsywność zdaje się w pewnym stopniu tłumaczyć mniejszą skłonność pacjentów maniakałnych do korzystania ze schematu postkonwencjonalnego, wymagającego dokonywania racjonalnego osądu bazującego na niepodważalnym przekonaniu o właściwości zbioru abstrakcyjnych zasad. Nawet jeżeli tacy pacjenci posiadają potencjalną zdolność rozumowania na poziomie stadium 6, tendencja do impulsywnego działania wyprzedzającego chłodny namysł może ją skutecznie tłumić i przesłaniać.

Co ciekawe, nie wykazano istotnych relacji pomiędzy fazą choroby dwubiegunowej a wynikami uzyskiwanymi w ramach pozostałych stadiów rozumowania moralnego (2, 3, 4, 5A i 5B) oraz wskaźnika A, choć zróżnicowanie zachowań osób przechodzących poszczególne fazy sugerować mogłoby istnienie znacznych różnic w ich myśleniu dotyczącym kwestii moralnych. Niewielkie zróżnicowanie średnich wyników pomiędzy fazami choroby oraz istotnie niższe wyniki uzyskiwane przez ogół przebadanych osób z ChAD w porównaniu z osobami zdrowymi mogą być ponownym odzwierciedleniem potencjalnie gorszego funkcjonowania poznawczego jednostek chorujących w ogóle.

Na koniec podkreślić trzeba, iż to, że nie udało się wykazać obecności istotnych związków pomiędzy większą ilością zmiennych, nie musi wynikać z faktu, że owych zależności nie ma. Jednym z istotnych ograniczeń zaprezentowanego badania była niewielka liczebność badanych grup. Być może przebadanie większej ilości osób umożliwiłoby uzyskanie dodatkowych interesujących danych. Ważnych wniosków dostarczyć mogłoby również przebadanie tej samej osoby w różnych fazach cho-

roby i przyjrzenie się kwestii zmienności w rozumieniu dylematów moralnych u konkretnej jednostki. Istnieje także możliwość, że na uzyskane wyniki wpłynął wybór metody, za pomocą której badano rozumowanie moralne. Wypełnienie DIT wymaga od osoby badanej skoncentrowania się na prezentowanych dylematach i powiązanych z nimi kwestiach, co czyni to narzędzie trudnym i wymagającym, zwłaszcza dla osób z diagnozą ChAD. Niewątpliwie są to kwestie, którym należy się przyjrzeć w kolejnych badaniach.

Wnioski

Analiza danych zebranych podczas opisanego wyżej badania pozwoliła na ukazanie zależności występujących pomiędzy chorobą afektywną dwubiegunową a profilem rozumowania moralnego. Istotne znaczenie zdaje się tu mieć przede wszystkim samo rozpoznanie choroby, której symptomy – takie jak obniżenie sprawności w zakresie funkcji poznawczych, zmiany w emocjonalności i w zachowaniu jednostki – pozostawać mogą w ścisłym związku z moralnym rozumowaniem. Przyjrzenie się trzeciemu, poznawczemu komponentowi moralności osób z diagnozą ChAD przyczynić może się do lepszego zrozumienia ich funkcjonowania psychospołecznego, a co za tym idzie, do opracowania skuteczniejszej metody podnoszenia jakości tego funkcjonowania.

Istotną wskazówką, którą warto kierować się, prowadząc kolejne badania, jest zasygnalizowanie istnienia różnic w obszarze rozumowania moralnego pacjentów przechodzących poszczególne fazy choroby. Chociaż zaobserwowane zależności są słabe, a różnice dotyczą tylko dwóch faz (manii i eutymii), to stanowią dobry punkt wyjścia do dalszej eksploracji, której wyniki mogą przyczynić się do poszerzenia wiedzy dotyczącej zarówno charakteru rozwoju moralnego, jak i specyfiki choroby afektywnej dwubiegunowej, niezwykle w swym przebiegu zróżnicowanej i niejednorodnej.

Piśmiennictwo

1. Fontaine JRJ, Luyten P, De Boeck P, Corveleyn J. *The Test of Self-Conscious Affect: Internal structure, differential scales and relationships with long-term affects*. Eur. J. Pers. 2001; 15: 449–463.
2. Stuewig J, McCloskey LA. *The relation of child maltreatment to shame and guilt among adolescents: Psychological routes to depression and delinquency*. Child Maltreat. 2005; 10(4): 324–336.
3. Orth U, Berking M, Burkhardt S. *Self-conscious emotions and depression: Rumination explains why shame but not guilt is maladaptive*. Pers. Soc. Psychol. Bull. 2006; 32(12): 1608–1611.
4. Highfield J, Markham D, Skinner M, Neal A. *An investigation into the experience of self-conscious emotions in individuals with bipolar disorder, unipolar depression and non-psychiatric controls*. Clin. Psychol. Psychother. 2010; 17(5): 395–405.

5. Drentl B, Seidel E, Schneider F, Habel U. *How specific are emotional deficits? A comparison of empathic abilities in schizophrenia, bipolar and depressed patients*. Schizophr. Res. 2010; 142(1–3): 58–64.
6. Barzman DH, DelBello MP, Fleck DE, Lehmkuhl H, Strakowski SM. *Rates, types, and psychosocial correlates of legal charges in adolescents with newly diagnosed bipolar disorder*. Bipolar Disord. 2007; 9(4): 339–344.
7. Soyka M, Zingg C. *Association for methodology and documentation in psychiatry profiles predict later risk for criminal behavior and violent crimes in former inpatients with affective disorder*. J. Forensic Sci. 2010; 55(3): 655–659.
8. Rest JR. *Development in judging moral issues*. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1979.
9. Rest JR, Bebaum MJ, Narvaez D, Thoma SJ. *Postconventional moral thinking: a Neo-Kohlbergian approach*. UK: Taylor and Francis; 1999.
10. Rest JR, Narvaez D, Thoma SJ, Bebeau MJ. *A Neo-Kohlbergian approach to morality research*. J. Moral Educ. 2000; 29: 381–396.
11. Kohlberg L. *The philosophy of moral development: moral stages and the idea of justice*. San Francisco: Harper and Row; 1981.
12. Groth J. *Rozwój moralny a radzenie sobie ze stresem u nieletnich przestępców*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe; 2003.
13. Czyżowska D. *Psychologiczna teoria uniwersalności rozwoju moralnego Lawrence’a Kohlberga*. Psychol. Wychow. 1994; 3: 205–215.
14. Hamilton M. *A rating scale for depression*. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 1960; 23: 56–62.
15. Siwek M, Grabski B, Dudek D. *Psychiatryczne skale oceny w zaburzeniach depresyjnych*. W: Kiejna A, Rybakowski J, Dudek D. red. *Psychiatryczne skale oceny w zaburzeniach afektywnych*. Wyd. 1. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2012. s. 56 – 90.
16. McDowell I. *Measuring health : A guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press; 2006.
17. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. *A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity*. Br. J. Psychiatry 1979; 133: 429–435.
18. Piaget J, Inhelder B. *Psychologia dziecka*. Wrocław: Wydawnictwo Siedmioróg; 1993.
19. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression*. Oxford: Oxford University Press; 2007.
20. Meesters PD, Schouws S, Stek M, Haan L, Smit J, Eikelenboom P. i wsp. *Cognitive impairment in late life schizophrenia and bipolar I disorder*. J. Geriatr. Psychiatry 2013; 28(1): 82–90.
21. Tangay JP, Miller RS, Flicker R, Barlow DH. *Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions?* J. Pers. Soc. Psychol. 1996; 70(6): 1256–1260.
22. Haidt J. *The moral emotions*. W: Davidson RJ, Scherer KR, Goldsmith HH. red. *Handbook of affective sciences*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2003. s. 852–870.
23. Simonsen C, Sundet K, Vaskinn A, Ueland T, Romm KL, Hellvin T. i wsp. *Psychosocial function in schizophrenia and bipolar disorder: relationship to neurocognition and clinical symptoms*. J. Int. Neuropsychol. Soc. 2010; 16(5): 771–783.
24. Trempała J, Czyżowska D. *Rozwój moralny*. W: Harwas-Napierała B, Trempała J. red. *Psychologia rozwoju człowieka*. Tom 3. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2002. s. 106–128.
25. Glass DC, Contrada RJ. *Bipolar disorder, Type A behaviour and coronary disease*. Health Psychol. Rev. 2012; 6(2): 180–196.

-
26. Najt P, Perez J, Sanches M, Peluso MAM, Glahn D, Soares JC. *Impulsivity and bipolar disorder*. Eur. Neuropsychopharmacol. 2007; 17(5): 313–320.
 27. Peluso MAM, Hatch JP, Glahn DC, Monkul ES, Sanches M, Najt P. i wsp. *Trait impulsivity in patients with mood disorders*. J. Affect. Disord. 2007; 100(1–3): 227–231.

Adres: Roksana Epa
Zakład Zaburzeń Afektywnych
Katedra Psychiatrii UJ CM
31-501 Kraków, ul. M. Kopernika 21A

Otrzymano: 11.12.2013
Zrecenzowano: 1.01.2014
Otrzymano po poprawie: 6.01.2014
Przyjęto do druku: 11.04.2014